健保使用欄	月額	適用区分	証　交　付
	千円		年　月　日
	旧証有効期限		年　月　日

常務理事	事務長	課　長	係　長	係

健康保険　限度額適用認定申請書（新規・更新・再交付）

被保険者	①被保険者記号番号	記号	○○○	②被保険者氏名生年月日	健保　太郎 昭・平・令　5　年　1　月　12　日
		番号	○○○		
	③住　所	〒 ○○○－ ○○○○　（電話）○○○－○○○－○○○○ 埼玉県さいたま市大宮区○○○町○○－○○			
	④事業所名称	㈱○○○製作所			
	備　考	※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）			

※認定対象者が被保険者の場合は、⑤に「本人」と記入し、⑥～⑦は省略して差し支えありません。
※認定対象者と被保険者の住所が同一の場合は、⑦に「同居」と記入し住所の記載は省略して差し支えありません。

認定対象者（認定証を必要とする者）	⑤氏　名 生年月日	本人 昭・平・令　年　月　日	⑥被保険者との続柄	
	⑦住　所	〒　－　（電話）　－　－		
	⑧申請区分	※該当区分に○を付けてください。再交付の場合は理由を記入してください。 新規　・　更新　・　再交付　（再交付理由：　）		
	有効期間	・有効期間は、受付日の属する月の1日より、**令和7年11月30日**となります。 ・**有効期限満了までの間にマイナンバーカードの保険証利用登録をお願いします。**		

認定証送付先	⑨　※希望する送付先に○を付けてください。 ・被保険者住所（③の住所）　・事業所　・認定対象者住所（⑦の住所） ・その他の送付先 〒　－ 宛

『マイナ保険証』を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
『マイナ保険証』をぜひご利用ください。

受付印

【申請にあたっての注意】
・新規取得者・任意継続被保険者については、取得日が発効日となります。
・**有効期限の切れた認定証は健保組合へ速やかに返却してください。**

※被保険者が、市区町村民税非課税対象者の場合は、
「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」で申請してください。

埼玉機械工業健康保険組合　（R6.11.1）